

Universidade Federal de Pelotas
Departamento de Medicina Social
Especialização em Saúde da Família
Turma 7



**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na UBS Maria dos Remédios, Madeiro-PI**

Idania Gonzalez Morera

Pelotas, 2016

Idania Gonzalez Morera

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na UBS Maria dos Remédios, Madeiro-PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde da Família
EaD da Universidade Federal de Pelotas em
parceria com a Universidade Aberta do SUS,
como requisito parcial à obtenção do título de
Especialista em Saúde da Família.

**Orientador: Adauto Martins Soares Filho Co-
orientador: Leonardo Pozza dos Santos**

Pelotas, 2016

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

M843m Morera, Idania Gonzalez

Melhoria da Atenção a Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Maria dos Remédios, Madeiro-PI / Idania Gonzalez Morera; Adauto Martins Soares Filho, orientador(a); Leonardo Pozzas dos Santos, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

67 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Soares Filho, Adauto Martins, orient. II. Santos, Leonardo Pozzas dos, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória:

A DEUS,

Só ele consegue tanto de mim.

Agradecimentos

Primeiro a deus,

Depois a meus orientadores a quem agradeço infinitamente pelo apoio, pela ajuda, com todo meu coração,

A meus pais, lhes devo minha existência,

A minha família e amigos pelo carinho e apoio sempre,

A equipe de saúde imprescindíveis neste projeto.

Resumo

Morera, Idania Gonzalez. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Maria dos Remédios, Madeiro-PI.** 2015. 66f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são doenças frequentes na população atual, acometendo um número significativo de usuários de nossas comunidades. Tais doenças são muitas vezes responsáveis por diversas complicações, tais como doenças cardíacas, acidentes vasculares, entre outras. Diante deste cenário, realizamos uma intervenção nos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus de nossa área de abrangência, que teve como objetivo melhorar a atenção da saúde da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Maria dos Remédios, no município de Madeiro-PI. A intervenção foi desenvolvida durante 12 semanas e cadastrou 137 hipertensos e 31 diabéticos, correspondendo a, respectivamente, 37,8% e 30,1% dos 362 hipertensos e 103 diabéticos da área de abrangência. Nossa equipe trabalhou em ações dos quatro eixos pedagógicos planejados pelo curso: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Cada membro da equipe foi capacitado de acordo com os protocolos de atenção básica da saúde do Ministério da Saúde, desenvolvendo ações para controle das doenças crônicas de acordo com os Cadernos da Atenção Básica do Ministério da Saúde. Ao final dos três meses de intervenção, todos os usuários cadastrados pela equipe tiveram avaliação do exame clínico em dia de acordo com o protocolo, tiveram prescrição de medicamentos da farmácia popular e foram avaliados pelo serviço de odontologia em consulta ou visitas domiciliares. Todos os faltosos aos atendimentos receberam busca ativa e foi feito registro adequado do acompanhamento de todos os usuários cadastrados em nossa intervenção. Além disso, 100% dos usuários cadastrados receberam estratificação de risco cardiovascular conforme preconizado pelo protocolo e receberam orientações sobre alimentação saudável, prática regular de atividade

física, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. Pela primeira vez em nosso município um trabalho que incluiu um médico da atenção básica e odontologista junto com todos os demais integrantes da equipe em todas as ações planejadas. Nossa intervenção possibilitou uma melhoria na qualidade da atenção básica da comunidade e um trabalho em equipe comprometido e de forma mais integral e humanitária. Foi demonstrada a sensibilização e engajamento público da comunidade e ficou demonstrado que é possível dar continuidade ao projeto como parte da rotina do serviço.

Palavras chaves: Atenção primária à saúde, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, saúde da família, doença crônica.

Lista de figuras

- Figura 1 Gráfico de Cobertura do Programa de atenção ao hipertenso na UBS Maria dos Remédios, Madeiros/PI, 2015.
- Figura 2 Gráfico de Cobertura do Programa de atenção ao diabético na UBS Maria dos Remédios, Madeiros/PI.
- Figura 3 Gráfico de Proporção de hipertensos com exame complementar em dia de acordo com o protocolo na UBS Maria dos Remédios. Madeiros/PI,2015.
- Figura 4 Gráfico de Proporção de diabéticos com exame complementar em dia de acordo com o protocolo na UBS Maria dos Remédios. Madeiros/PI,2015.

Lista de abreviaturas

APS	Atenção Primaria de Saúde
MS	Ministerio da saude
CAP	Caderno de Ações Programáticas
HAS	Hipertensao arterial sistémica
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
NUCA	Núcleo de cidadania dos adolescentes
ACS	Agente comunitario de saude
UBS	Unidad básica de saude
SUS	Sistema único de saude
CMS	Conselho municipal de saude
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PI	Piauí
PA	Pressão Arterial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica

Sumário:

Apresentação	10
1 Análise Situacional.....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	15
2 Análise Estratégica	17
2.1 Justificativa.....	17
2.2 Objetivos e metas.....	20
2.2.1 Objetivo geral.....	20
2.2.2 Objetivos específicos e metas	20
2.3 Metodologia.....	22
2.3.1 Detalhamento das ações	22
2.3.2 Indicadores	28
2.3.3 Logística.....	32
2.3.4 Cronograma	34
3 Relatório da Intervenção.....	35
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	35
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	35
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	36
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	36
4 Avaliação da intervenção.....	37
4.1 Resultados	37
4.2 Discussão.....	49
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	51
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	54
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	56
Referências	59
Anexos	60

Apresentação

O presente volume trata sobre Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família - modalidade Ensino à Distância – da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS), como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família. O trabalho foi constituído por uma intervenção, realizada durante três meses, com o objetivo geral de melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes na UBS Maria dos Remédios, no município de Madeiro/PI. O volume está organizado em sete seções: No primeiro capítulo apresenta-se o Relatório da Análise Situacional, texto escrito na unidade 1 do curso, explicitando a situação do serviço de saúde. No segundo capítulo, expõe-se a Análise Estratégica, na qual se apresenta o projeto de intervenção. Já o terceiro capítulo refere-se ao Relatório de Intervenção, apresentando as ações previstas e desenvolvidas durante a intervenção, as dificuldades e a viabilidade da incorporação da intervenção na rotina do serviço. No quarto capítulo apresenta-se a avaliação dos resultados da intervenção, além da discussão dos mesmos. O quinto e sexto capítulos são os relatórios da intervenção para os gestores no município e comunidades, respectivamente. No sétimo capítulo, faz-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso com sua importância. Ao final do volume, está a bibliografia que inclui os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

1 Análises situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu me chamo Idânia Gonzalez Morera, sou médica do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), atuo no Município de Madeiro, localizado no estado do Piauí. Apesar de trabalharmos em uma UBS que se encontra no centro da cidade, a área de abrangência de minha equipe está localizada na zona rural do município e trabalhamos com os povoados do interior que, infelizmente, não possuem UBS em suas regiões. Estruturalmente, a UBS tem boas condições, com boa ventilação, iluminação e limpeza. Além disso, nossa unidade conta com uma recepção, área de arquivo, farmácia, área de vacinas, local de Programa de Saúde da Família (PSF), três consultórios, dois consultórios odontológicos, enfermeria, curativo, sala de nebulização, um consultório ginecológico, área de esterilização, duas salas de esperas, uma copa, banheiros, uma área para reunião.

Nossa UBS organiza os horários de atendimentos das equipes em dois turnos de trabalho (manhã e tarde) para atendimentos programados e atendimentos de demanda espontânea. Planejamos reuniões de idosos, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), assim como visitas domiciliares e trabalho de prevenção. A principal limitação da minha UBS se refere ao fato de ela não estar localizada dentro da comunidade, isto é, ela está situada no centro da cidade e atende uma população de interior. Além disso, o transporte do interior para a cidade é péssimo, os usuários têm grandes dificuldades para chegar até a unidade.

Não há dificuldades com relação ao processo de trabalho, visto que a equipe está completa, contando com todos os profissionais. Entretanto, ainda apresentamos alguns problemas porque a população não entende a importância dos atendimentos planejados e não são poucos os que chegam para um atendimento sem conhecer que existem atendimentos programados e trabalho de outras características como, por exemplo, atividades de promoção e educação de saúde, visitas domiciliares planejadas e outras ações importantes. Embora haja essa pequena dificuldade, nossa relação com a comunidade é boa.

Nosso município tem um sistema de saúde relativamente organizado, com equipes completas, profissionais de qualidade, ações de promoção e prevenção, tudo para melhorar a saúde do povo. A comunidade tem a possibilidade de interação com os profissionais todo tempo e pode participar ativamente de todo processo de

trabalho. A equipe realiza reuniões semanais e uma mensal com a secretaria de saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Madeiro se encontra no estado do Piauí, a 270 km da capital (Teresina), forma parte da microrregião do Baixo Parnaíba Piauiense, e segundo último IBGE tem 8674 habitantes.

Nosso município conta com duas UBS com ESF para garantir a saúde das comunidades. Neste momento, existem quatro equipes de trabalho, sendo que na UBS Maria dos Remédios trabalham três equipes de saúde e na UBS Jose Casimiro de Araújo tem uma equipe e NASF (Psicóloga, psiquiatra, fisioterapeuta, nutricionista). O município não tem disponibilidade de CEO e na atenção especializada temos somente um psiquiatra, um nutricionista e dois fisioterapeutas. Outras especialidades estão disponíveis somente em municípios vizinhos, como Luzilândia, Esperantina e Teresina. Por fim, o município onde atuo não conta com exames complementares e serviço hospitalar, estando disponível nos mesmos municípios vizinhos mencionados acima.

A UBS onde atuo chama-se Maria dos Remédios e está localizada no centro da cidade. Apesar de estar na zona urbana do município, nossa equipe atende comunidades da zona rural. Isso ocorre, pois não há UBS nem outras estruturas físicas no interior do município para garantir um atendimento de qualidade à população que lá vive. Nossa UBS possui vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS), e realiza os encaminhamentos de urgência e emergência para os hospitais de Luzilândia, Esperantina e Teresina.

Em nosso município não há vínculo direto das unidades de saúde com as instituições de ensino. No entanto, são garantidos cursos para que os profissionais do município participem, visando a qualificação profissional. O modelo de atenção em minha UBS é ESF e nela estão duas equipes de trabalho. A equipe 2 tem a seguinte composição: uma médica do PMMB, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, um dentista, uma técnica auxiliar de dentista e cinco agentes de saúde. De maneira geral as características da equipe são satisfatórias para garantir a saúde da população de nossa área de abrangência.

A estrutura física de nossa unidade em geral é boa, tem adequada

iluminação, ventilação, sua capacidade e ótima para desenvolver as atividades planejadas em atenção básica, tem recepção, consultórios, enfermaria, sala de curativos, banheiros, farmácia, área de vacinas e cozinha. Não há deficiências que atrapalhem o dia-a-dia da UBS e há um projeto de ampliação da unidade para próximo ano.

Em relação ao trabalho em equipe, participam médico, enfermeiro, técnica de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal e os cinco agentes de saúde de nossa área, seja no trabalho dentro da unidade ou indo às comunidades como é feito com regularidade. Contamos com apoio dos gestores do município, a saúde é avaliada constantemente por todos de maneira integral, com a participação de todos e também é controlada por um responsável da equipe para garantir as ações nos diferentes níveis da atenção que são planejadas para garantir a saúde de nossa comunidade. No entanto, temos alguns aspectos negativos que prejudicam o desenvolvimento de nosso trabalho, como, por exemplo, o fato de nossa UBS não se localizar onde está a comunidade que atende, sendo essa uma dificuldade que atrapalha nosso trabalho e limita muito o desenvolvimento dos indicadores de saúde. Além disso, nossos interiores estão muito distantes da UBS e há dificuldades de transporte evidente em nosso município.

Todo mês minha equipe faz um trabalho de aproximação da nossa população, levando às comunidades palestras, hiperdias, trabalho social, psicológico e ata de atendimento médico e odontológico muitas vezes com a participação de psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta e em parceria com conselho tutelar da cidade, com NUCA.(Núcleo de participação e desenvolvimento dos adolescentes)

Nossa área da abrangência tem 1800 habitantes, em um total de 484 famílias. Nossa equipe está completa com os profissionais que precisa, realiza atenção a 50 crianças menores de 2 anos, 28 menores de um ano, 12 gestantes, 287 idosos e 587 mulheres entre 10 e 59 anos. A atenção à demanda espontânea é um ponto com relativa dificuldade porque a população estava acostumada a chegar até a UBS procurando atenção médica sem planejamento, sempre espontaneamente e nosso objetivo esta precisamente em diminuir os excessos desta demanda. Outra deficiência encontrada e a falta de informações sobre caderno de ações programáticas, a equipe tem pouco conhecimento sobre acesso e a importância da utilização das estimativas para trabalhar na melhoria dos indicadores de saúde do ministério da saúde.

Em relação à saúde da criança em nosso serviço, planejamos devidamente este tipo de atendimento, garantindo a atenção médica a doenças agudas, ações de atenção a saúde da criança de forma programática com registro e monitoramento delas. A atenção à saúde da criança é uma das ações com maior dificuldade em nossa unidade, já que o transporte das crianças para a puericultura é muito difícil. Sendo assim, mães de crianças não doentes não viajam para o centro da cidade, dificultando a cobertura de 100% das crianças.

Atualmente, temos uma cobertura de .. 84%, mais dois anos atrás estava a menos de 20%, os indicadores de qualidade coletados no CAP, demonstravam atividades de baixa qualidade como por exemplo as consultas em dia, ou avaliação de triagem auditiva, entre outros indicadores, e sabendo que a população é de 0 a 6 anos, a cobertura ainda não é de 100% como deveria ser.

No que diz respeito ao pré-natal em nosso serviço, a ação está muito bem estruturada, o atendimento de doenças agudas das gestantes está garantido e não precisa ser planejado. Além disso, as ações programáticas são realizadas e monitoradas com disciplina por nossa equipe com qualidade. Atualmente, a cobertura de gestantes acompanhadas em nossa unidade é de 100%. Atenção ao puerpério não está ainda muito bem organizada, falta atendimento ao 100% da puérpera nos primeiros 5 dias, ainda este indicador é deficiente pois todas devem ser avaliadas ao sair da maternidade.

A prevenção do câncer de colo de útero e câncer de mama são programas que tem diferenças entre um e outro em nossa unidade. Por exemplo, o câncer de colo de útero é um dos que é melhor desenvolvido, pois as mulheres têm mais aceitação, sabem os riscos e conhecem muito da doença, procurando constantemente atendimentos para fazer citologia. No entanto, temos que trabalhar com elas que não só é importante fazer prevenção, há também que procurar o resultado e atendimento médico quando se precisa.

Atualmente, a cobertura de prevenção do câncer de colo é de... 85% e não está favorecida pelo fato de que nossas comunidades são de interior onde não tem UBS, e toda as mulheres compreendidas no programa tem dificuldades para chegar ao posto, mais os recursos humanos e materiais existem para dar cobertura ao 100% do programa mais os indicadores de qualidade estão muito afetados, e quase todos estão em déficit total com exceção da orientação sobre prevenção de câncer de colo que realmente é um indicador positivo no nosso município.

Com relação ao câncer de mama, as usuárias têm muito conhecimento, procuram atendimentos, participam ativamente nas atividades como educação em saúde, ações de promoção, entre outras. No entanto, a dificuldade está em fazer a mamografia nas mulheres da faixa etária prevista, visto que elas têm de viajar até capital do estado para mamografia, pois em nosso município só há acesso à mamografia através da atenção particular.

Em relação aos hipertensos e diabéticos, as ações de promoção e prevenção são realizadas com muita dedicação pela equipe e estão muito bem estruturadas de forma programática. São garantidos as consultas programáticas, as reuniões mensais, entre outras atividades. No entanto, não possuímos 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados, dadas as circunstâncias da unidade, que já foram explicadas anteriormente, segundo o CAP a estimativa de hipertensos seria de 362 e de diabéticos 103, são dados que eu particularmente não acredito que teria esse volume de hipertensos e diabéticos residindo em nossa área de abrangência pois são comunidades pequenas que temos acesso ao 100% os habitantes, são dados que diferem um pouco da realidade atual. O mesmo ocorre com os idosos, já que acontece nesse programa o mesmo que com hipertensos e diabéticos e as dificuldades atrapalham de igual maneira o desenvolvimento das ações. Organizando visitas aos interiores se facilita muito todo o trabalho e os idosos são avaliados pelos integrantes da equipe de forma integral e também o todo sucesso.

Eu penso que os melhores recursos que a UBS apresenta é o profissionalismo dos integrantes da equipe, que tem muita qualidade e possui muitos desejos de fazer uma atenção básica das melhores. Realizamos um trabalho em equipe sempre e nosso maior desafio é lutar contra dificuldades existentes que não dependem unicamente dos profissionais de saúde do município.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Fazendo uma comparação do trabalho no início de janeiro de 2014 até agora, percebo que as mudanças ocorridas são muitas. Nosso serviço está mais organizado, melhor estruturado e o trabalho é realizado cada vez mais em equipe. Tudo isso beneficia a comunidade toda. Antes da unidade 1, os atendimentos eram exclusivamente por demanda espontânea, a coleta de informação nos prontuários era deficiente, se afetava também o processo de acolhimento devido ao trabalho menos organizado. Agora temos dado mais atenção às consultas agendadas, bem como ao planejamento das ações com estabelecimento das prioridades necessárias

para seu pleno desenvolvimento. Além disso, a informação coletada nas fichas de atendimento individual tem maior qualidade, encontramos um acolhimento ainda mais humanizado, existe uma relação estreita entre trabalho do médico e dentista, que anteriormente não existia.

Por fim, a unidade 1 do curso de Especialização em Saúde da Família foi importante para mim pessoalmente, pois me fez enxergar como funciona o sistema de saúde brasileiro, as informações necessárias para desenvolver um trabalho adequado aos padrões de saúde pública brasileira e me fez crescer como profissional, me fazendo entender a importância do trabalho em equipe.

2 Análise estratégica

2.1 Justificativa

O processo de envelhecimento é uma condição moderna das populações, observado em todos os continentes. Com isso também acontece aumento do número de doenças crônicas, fundamentalmente, a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus. Doenças comuns em idosos, mas que também podem se apresentar em pessoas jovens, impõem mudanças profundas nos modos de pensar e viver. Na atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes são variados os cuidados direcionados para o controle da pressão arterial e glicemia, de fatores de risco, bem como ao estímulo de hábitos saudáveis (Brasil, 2013a, 2013b). Os cuidados em saúde no Brasil seguem os princípios do SUS - a universalidade, integralidade, equidade e participação social. Mediante a adscrição de clientela e o estabelecimento de vínculo com a população, a atenção primária em saúde possibilita o compromisso e a corresponsabilidade do cuidado entre trabalhadores da saúde, usuários e comunidade (Brasil, 2013c).

A UBS Maria dos Remédios, localizada na zona urbana do município Madeiro, tem 3 consultórios e um espaço adequado para atividades coletivas. Há equipamentos para atendimento de hipertensos e diabéticos, por exemplo, aparelhos para medir estatura, peso, pressão, glicemia entre outros. O material de consumo e medicamentos ainda não é suficiente, algumas vezes não se dispõe de todos os medicamentos da lista básica, embora atualmente essa questão esteja melhor que antes. A unidade conta com três equipes da Saúde da Família, mas apenas a equipe nº 2 irá implementar o projeto de intervenção na comunidade rural de sua área de abrangência. A equipe compõe-se de médico especialista em medicina geral, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, dentista, auxiliar de dentista e 5 agentes comunitários de saúde. O apoio matricial da estratégia saúde da família é realizado por uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, composta por educador físico, nutricionista, psicólogo, psiquiatra e fisioterapeuta, mas que estão instalados em outra unidade de saúde. A população da área adstrita é de 1.800 habitantes, eminentemente jovens, cerca de 10% é representada por idosos, a maioria deles com HAS e/ou DM.

O Caderno de Ações Programáticas - CAP estima 362 pessoas de 20 anos ou mais com hipertensão, e 103 com diabetes. A unidade acompanha 106 pessoas com hipertensão, e 30 com diabetes, coberturas de 29%. Com o objetivo de ampliar essa cobertura, garantida a qualidade da atenção, a equipe planeja consultar uma vez por semana em dois turnos junto à equipe multiprofissional com a prévia coordenação e aprovação da secretaria de saúde, com apoio dos ACS a equipe planeja também atrair para os atendimentos aos hipertensos e diabéticos faltosos, estas doenças não só se apresentam em usuários idosos, a HAS e DM podem se apresentar a qualquer idade, mais nossa comunidade não tem crianças

afetadas sim alguns adultos jovem fundamentalmente com hipertensão que são devidamente acompanhados pela equipe. Os usuários com hipertensão e/ou diabetes são atendidas pela equipe conforme as recomendações de protocolo nacional e avaliados integralmente. A qualidade da atenção, no entanto, apresenta certas carências, precisando de aperfeiçoamento, na medida em que somente metade das pessoas acompanhadas faz a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico e estão com exames complementares periódicos em dia, a maioria com atraso da consulta agendada. A equipe desenvolve ações de promoção como palestras sobre fatores de risco de doenças cardiovasculares e outras ,também sobre a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados ,temas que são abordados também nos hiperdias dos hipertensos e diabéticos.

A intervenção é importante na busca da ampliação de cobertura da ação programática e na implementação das ações sistematizadas em cada um dos 4 eixos temáticos. Neste momento já foi feita a capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, também a capacitação da equipe de saúde para a verificação da pressão arterial e realização do hemoglicoteste, a comunidade já esta informada sobre a existência de programas de atenção a HAS e DM e atualmente se realizam ações de promoção (palestras, reuniões, hiperdias) onde são desenvolvidas conversas sobre estas doenças, a equipe e a comunidade interatuam em temas sobre realização de atividades físicas, nutrição saúde bucal e outros. A equipe trabalha em conjunto em todos os programas da atenção básica de saúde; situação que facilita o envolvimento de todos os trabalhadores nas atividades da intervenção. Há, contudo, limitações, como a falta de UBS dentro da área rural de abrangência da equipe. De modo que os atendimentos realizados carecem de estrutura, faltando recursos materiais para os atendimentos para aqueles que não podem seguir até a UBS na área urbana. Outra dificuldade importante são os exames complementares, pois todos são realizados fora do município, e às vezes municípios distantes, dificultando a avaliação dos usuários e sua estratificação de risco. O aspecto que mais viabiliza a realização da intervenção é a equipe, que está completa, integrada e trabalha com compromisso. É preciso também investimentos na saúde, construir postos de saúde nas comunidades rurais com estrutura recomendada. Assim como, solucionar essa

dificuldade de acesso na realização de exames complementares para melhorar a atenção à saúde da população.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Maria dos Remédios, Madeiro/PI.

2.2.2 Objetivos específicos

- 1) Ampliar a cobertura o hipertensos e/ou diabéticos.
- 2) Garantir a qualidade da atenção básica de saúde dos hipertensos e diabéticos.
- 3) Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa de saúde.
- 4) Facilitar o registro das informações.
- 5) Mapear hipertensos e diabéticos com risco de doença cardiovascular.
- 6) Realizar ações de promoção de saúde.

2.2.3 Metas

Metas relativas ao objetivo de ampliar a cobertura o hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1: Cadastrar 60 % dos hipertenso da área da abrangência no programa de atenção básica de saúde a hipertensão arterial e diabetes mellitus da unidade de saúde.

Meta 2: Cadastrar 60 % dos diabéticos da área da abrangência no programa de atenção básica de saúde a hipertensão arterial e diabetes mellitus da unidade de saúde.

Metas relativas ao objetivo de garantir a qualidade da atenção básica de saúde dos hipertensos e diabéticos.

Meta 3: Realizar exame clínico adequado a 100% dos hipertensos cadastrados.

Meta 4: Realizar exame clínico adequado a 100% dos diabéticos cadastrados.

Meta 5: Garantir a realização de exames complementares em dia de acordo com protocolo de saúde a 100% dos hipertensos.

Meta 6: Garantir a realização de exames complementares em dia de acordo com protocolo de saúde a 100% dos diabéticos.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular a todos os hipertensos cadastrados.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular a todos os diabéticos cadastrados.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico ao 100% dos hipertensos.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico ao 100% dos diabéticos.

Metas relativas ao objetivo de melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa de saúde.

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos das consultas programadas.

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos das consultas programadas.

Metas relativas ao objetivo de facilitar o registro das informações.

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Metas relativas ao objetivo de mapear hipertensos e diabéticos com risco de doença cardiovascular

Meta 15: Realizar estratificação de risco cardiovascular a 100% dos hipertensos.

Meta 16: Realizar estratificação de risco cardiovascular a 100% dos diabéticos.

Metas relativas ao objetivo de realizar ações de promoção de saúde.

Meta 17: Garantir orientação nutricional a todos os hipertensos de programa.

Meta 18: Garantir orientação nutricional a todos os diabéticos de programa.

Meta 19: Garantir orientação sobre a prática de atividades físicas a 100% dos hipertensos.

Meta 20: Garantir orientação sobre a prática de atividades físicas a 100% dos diabéticos.

Meta 21: Garantir orientação em relação ao risco de tabagismo a todos os hipertensos.

Meta 22: Garantir orientação em relação ao risco de tabagismo a todos diabéticos.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a todos os hipertensos.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a todos os diabéticos.

2.3. Metodologia

O Estudo se realizara durante um período de 3 meses ,na comunidade atendida por a equipe 2 ,na UBS Maria dos Remédios do município Madeiros-PI, utilizaremos o caderno de atenção básica de saúde de hipertensos e diabéticos BRASIL.2013.

2.3.1. Detalhamento das ações

Saúde de Hipertensos e diabéticos

1.1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta: Cadastrar 60% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

1- Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Os dados serão registrados em ficha de atenção a hipertensos e diabéticos de nossa área, procurando os dados dos prontuários ,livros de hipertensos e diabéticos dos ACS ,livros de hiperdia, os responsáveis serão ACS e técnico de enfermagem da equipe, com reunião semanal para consolidar os dados e uma reunião quinzenal com enfermeiro para analise do indicador, uma reunião mensal para analise e soluções com medico e enfermeiro.

2- Organização e gestão do serviço

Garantir o registro dos hipertensos/ diabéticos cadastrados no Programa.

Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS/DM.

Utilizando registro de hipertensos e diabéticos com todos os dados necessários e corretamente preenchidos, se realizara acolhimento para os informes gerais do atendimento, quando chega a UBS os usuários para atendimento medico e/ou enfermeiro, segundo seja a prioridade será garantido que este cadastrado, depois se fazo agendamento da consulta(técnico de enfermagem)ajudado no acolhimento por recepcionista da UBS ,agora quando seja necessário a visita domiciliaria os

responsáveis serão técnico de enfermagem com apoio dos ACS ,conjuntamente com medico e/ou enfermeiro.

3- Engajamento público

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde ,(ACS, técnico de enfermagem)pode ser na mesma UBS, nas visitas domiciliares),durante os atendimentos médicos(consultas)em reuniões que se realizam mensal na comunidade com participação da equipe e de lideranças da comunidade que sempre participam.

Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente,(reunião mensal na comunidades, palestras)com atuação da equipe mais pode-se informar também nas consultas e visitas a família . Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg,igual ao anterior com participação da equipe, mais nesta informação são principalmente envolvidos os ACS que interatuam constantemente com a população.

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes ,serão realizado em consultas por medico da equipe ,nas reuniões e palestras com a equipe mensalmente com participação também dos convidados.

Na comunidade são realizadas palestras e reuniões sempre de forma mensal não somente com hipertensos, diabéticos ,também com os idosos onde são tratados estes temas por parte de toda equipe e com participação das igrejas que geralmente apoiam essas reuniões com seus locais ,os funcionários das escolas muitas vezes são convidados também.

4- Qualificação da prática clínica

Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos/ diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, (medico e enfermeiro com apoio do técnico de enfermagem) durante primeira semana na UBS.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg(medico e enfermeiro são os responsáveis)na primeira semana na UBS.

1.2 Garantir a qualidade da atenção básica de saúde dos hipertensos e diabético.

Meta : Realizar exame clinico apropriado a todos os hipertensos e diabéticos cadastrados´.

1 monitoramento e avaliação

Monitorar a realização de exame clinico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos nas consultas agendadas, nas visitas domiciliares (responsáveis medico e enfermeiro)com frequência mínima cada três meses ,na UBS e nas casas quando seja necessário.

2 Organização e gestão

Será realizada consulta medica para avaliação clinica dos hipertensos e diabéticos cada três meses em consultas agendadas para cada usuário (realizadas na UBS ,na quinta feria, semanalmente).

Exame clinico por enfermeiro mensal nos hiperdias com frequência mensal na UBS ou nas comunidades segundo planejamento da equipe.

Disponibilizar dos protocolos atualizados impressos na UBS de forma imediata facilitados por gestor de saúde.

3 Engajamento publico.

Orientar aos hipertensos e diabéticos e a comunidade em geral os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas assim como da importância dos cuidados dos pés, pele e sensibilidade das extremidades que devem ser avaliadas com periodicidade(cada três meses por medico e mensal por enfermeiro)

4 Qualificação da pratica clinica.

Garantir a capacitação da equipe para realização de exame clinico apropriado(responsável medico)primeira semana de projeto.

Meta :Garantir a realização dos exame complementares a todos os hipertensos e diabéticos de acordo com protocolo de saúde.

1 Monitoramento e avaliação.

Monitorar o numero de hipertensos e diabéticos com exames de laboratório solicitados e com a periodicidade recomendada segundo protocolo de saúde, será avaliado nas consultas realizadas e os hiperdias por medico e enfermeiro na UBS .

2 Organização e gestão do serviço.

Garantir a solicitação dos exames complementares aos usuários por parte de medico nas consultas na UBS

Estabelecer sistemas de alerta com relação aos exames preconizados (medico na UBS, nas consultas agendadas).

Garantir com o gestor de saúde a agilidade para a realização dos exames necessários segundo protocolo estabelecido de forma imediata.

3 Engajamento publico.

Orientar os hipertensos e diabéticos a necessidade de realizar os exames requeridos e com a periodicidade estabelecida por os protocolos, os responsáveis serão todos na equipe e serão orientados nas consultas, nas visitas e nas reuniões.

4 Qualificação da pratica clinica.

Capacitação da equipe para seguir os protocolos de saúde para solicitação dos exames por medico e enfermeiro na UBS.

Meta : Realizar a prescrição de medicamentos na farmácia popular a todos os hipertensos e diabéticos.

1 Monitoramento e avaliação.

Monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia popular na UBS ,nos hiperdias por medico.

2 Organização e gestão.

Manter os registros nos livros de hiperdia, prontuários, e fichas de hipertensos e diabéticos dos medicamentos atualizados (técnico de enfermagem ,enfermeiro e medico)em cada controle realizado.

Realizar controle de estoque dos medicamentos por enfermeiro semanalmente.

3 Engajamento publico.

Orientar aos usuários os direitos de ter acesso aos medicamentos na farmácia popular ou as possíveis alternativas para obter os medicamentos(equipe de saúde)nas consultas, visitas ou/e reuniões .

4 Qualificação da pratica clinica.

Capacitar a equipe para orientação dos usuários para obter acesso aos medicamentos (técnico de farmácia) imediatamente ao começar o projeto.

Realizar atualização dos profissionais para tratamento de HAS/DM (Medico) constante.

Meta : Avaliar as necessidades de atendimento odontológico a todos os hipertensos e diabéticos cadastrados.

1 Monitoramento e avaliação.

Monitorar todos os hipertensos e diabéticos que necessitam atendimento odontológico ,responsável odontólogo e técnica de odontologia da equipe, no primer mês do projeto.

2 Organização e gestão.

Organizar a ação para avaliação das necessidades de atendimento odontológico a hipertensos e diabéticos, será realizado por odontólogo da equipe e técnico de saúde bucal cada mês ata avaliar a totalidade dos usuários.

3 Engajamento publico.

Orientar a comunidade e fundamentalmente aos hipertensos e diabéticos a importância da avaliação da saúde bucal(odontólogo e técnico de saúde bucal)em cada consulta e reuniões.

4 Qualificação da pratica clinica.

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade se atendimento odontológico por odontólogo no primer mês do projeto.

1.3 Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa de saúde.

META : Buscar ao 100% de hipertensos e diabéticos faltosos a consultas, hiperdias e reuniões planejadas por a equipe de saúde.

1 Monitoramento e avaliação.

Monitorar o cumprimento das consultas com a periodicidade segundo protocolo estabelecido por enfermeiro e medico com avaliação mensal nas reuniões da equipe.

2 Organização e gestão.

Organizar agenda para acolher a hipertensos e diabéticos que são provenientes das buscas domiciliares e organizar as visitas para procurar os faltosos, com responsabilidade de medico, enfermeiro e técnico de enfermagem, será mensal e avaliado em cada reunião da equipe.

3 Engajamento publico.

Informar a comunidade sobre a importância das consultas ,explicar porque tem que ter uma periodicidade determinada utilizando técnicas participativas para motivar a população e não aumentar o número de faltosos com reuniões não necessárias e com pouca motivação, será cada mês por enfermeiro ,medico com apoio da equipe toda.

4 Qualificação da pratica medica.

Capacitar aos ACS para informar a comunidade sobre horário das consultas e sua periodicidade .enfermeiro ser responsável desta ação durante primer mês do projeto.

1.4 Facilitar o registro das informações.

Meta :Manter ficha de acompanhamento de todos os hipertensos e diabéticos cadastrados por a equipe.

1 Monitoramento e avaliação.

Monitorar a qualidade dos registros dos hipertensos e diabéticos cadastrados por a equipe, cada semana por enfermeiro.

2 Organização e gestão.

Implantar a ficha de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos por medico ,com avaliação semanal na reunião da equipe.

Manter informação de SIAB atualizada por enfermeiro cada mês depois da reunião de produção .

Organizar sistema de avaliação dos registros, das situações de alerta e dos acontecimentos apresentados a traves de reunião mensal com toda equipe ,responsável enfermeiro e medico.

3 Engajamento publico.

Orientar aos usuários e comunidade sobre todos os direitos para manutenção de sua saúde e acesso a segunda via sim precisar ,por medico e enfermeiro com apoio de técnico de enfermagem ,nas reuniões cada mês.

4 Qualificação da pratica clinica.

Capacitar a equipe nos registros realizados ,primeira semana do projeto com avaliação mensal por enfermeiro.

1.5 Mapear hipertensos e diabéticos com risco de doença cardiovascular.

Meta :Realizar estratificação de risco cardiovascular a todos os hipertensos e diabéticos cadastrados.

1 Monitoramento e avaliação.

Monitorar os diabéticos e os hipertensos com realização pelo menos de uma verificação de risco cardiovascular.

2 Organização e gestão.

Organizar agenda com estes pacientes e priorizar esse atendimento para aqueles que são estratificados de risco(medico e enfermeiro)com apoio de técnico de enfermagem ,consulta cada quinta feira.

3 Engajamento publico.

Orientar aos hipertensos e diabéticos qual e seu nível de risco e a importância de adequado controle dos fatores de risco(medico e enfermeiro) nas consultas.

4 Qualificação da pratica clinica.

Capacitar a equipe para realizar adequado registro dos riscos, quanto estratégias para controle dos fatores, e uma adequada estratificação por escore de framingham (médico) durante primer mês.

1.6 Realizar ações de promoção de saúde

Meta : Garantir orientações sobre alimentação saudável a todos os hipertensos e diabéticos.

Garantir orientações sobre a pratica de exercícios físicos aos hipertensos e diabéticos.

Orientar sobre os riscos de tabagismo a todos os usuários.

Orientar sobre adequada higiene bucal ao 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados.

1 Monitoramento e avaliação.

Monitorar a realização de todas essas orientações(nutricionais, praticas de exercícios ,tabagismo e saúde bucal)toda equipe e responsável e sera em cada controle.

2 Organização e gestão.

Organizar praticas coletivas para cumprimentar todas essas orientações, nas reuniões cada mês com participação da equipe e convidados.

Procurar junto a gestor de parcerias institucionais como por exemplo com educadores físicos .ação que será avaliado cada 2 meses.

Garantir orientações a nível individual nas consultas por o medico(cada controle).

Demandar de gestor a compra de medicamentos para abandono de tabagismo, cada mês, será avaliado por enfermeiro cada mês.

3 Engajamento publico.

Explicar para os usuários e sua família a importância de todas as orientações realizadas em cada controle, cada mês nos hiperdias por a equipe toda com participação e apoio de nutricionistas, educador físico ,odontólogo.

4 Qualificação da pratica clinica.

Capacitação da equipe sobre todas essas ações de promoção de saúde ,durante primer mês de projeto por medico e enfermeiro.

A equipe de saúde # 2 trabalha em conjunto com ações planejadas para apresentar o projeto de intervenção a comunidade ,os gestores e as lideranças de nossa área de abrangência com um objetivo de informar todo sobre projeto, desenvolvimento do mesmo ,resultados alcançados e as dificuldades existentes para trabalhar em conjunto na melhoria da saúde, com participação ativa da comunidade.

.

2.3.2. Indicadores

Meta 1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde

Meta .2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos

Indicador 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Numerador :numero de hipertensos com exame clinico apropriado.

Denominador: numero total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos

Indicador 4: Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: numero de diabéticos com exame clinico apropriado.

Denominador: numero total de diabéticos cadastrado na unidade de saúde.

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Indicador 5: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Numerador: numero total de hipertensos com exames complementares em dia.

Denominador: numero total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Indicador 6: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Numerador: numero total de diabéticos com exames complementares em dia.

Denominador: numero total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada

Numerador: numero de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia.

Denominador: numero de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: numero de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia.

Denominador: numero de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos

Indicador 9: Proporção de hipertenso com a avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Numerador: numero de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador :numero total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados

Indicador 10: Proporção de diabético com a avaliação da necessidade de atendimento odontológico durante o atendimento

Numerador: numero de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: numero total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada

Indicador 11: Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa

Numerador: numero de hipertensos faltosos as consultas medicas com busca ativa.

Denominador: numero total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos as consultas.

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada

Indicador 12: Proporção de diabéticos faltosos as consultas com busca ativa

Numerador: numero de diabéticos faltosos as consultas medicas com busca ativa.

Denominador: numero total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos as consultas.

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 13: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Numerador: numero de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: numero total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 14: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

.

Numerador :numero de diabéticos cadastrados na u nidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: numero total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 15: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Numerador :numero de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação de risco cardiovascular.

Denominador :numero total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 16: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Numerador: numero de diabéticos cadastrado na unidade de saúde com estratificação de risco cardiovascular.

Denominador: numero total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos

Indicador 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Numerador :numero de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: numero de pacientes hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos

Indicador 18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Numerador: numero de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: numero de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos

Indicador 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular

Numerador: numero de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre pratica regular de atividades físicas.

Denominador: numero de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos

Indicador 20: Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular

Numerador: numero de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre pratica regular de atividade físicas.

Denominador: numero de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos

Indicador 21: Proporção de hipertensos que receberam orientações sobre os riscos do tabagismo

.Numerador: numero de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: numero de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos

Indicador 22: Proporção de diabéticos que receberam orientações sobre os riscos do tabagismo

Numerador: numero de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: numero de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos

Indicador 23: Proporção de hipertensos que receberam orientações sobre higiene bucal

Numerador: numero de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: numero de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 24: Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos

Indicador 24: Proporção de diabéticos que receberam orientações sobre higiene bucal

Numerador: numero de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: numero de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3. Logística

A ação programática de atenção a pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus tem como referência na implementação das atividades os manuais técnicos de hipertensão arterial e diabetes mellitus do Ministério da Saúde, 2013. A equipe implantará na rotina da UBS o uso dos impressos oferecidos pelo curso, a exemplo da ficha-espelho. Bem como, fará uso de uma ficha complementar para coletar os dados de saúde bucal. A planilha eletrônica do curso será usada para o registro e monitoramento da intervenção.

A organização do registro específico do programa ficará sob a responsabilidade da enfermeira com o apoio dos ACS, que revisaram os registros e prontuários quando necessário, transcrevendo toda a informação disponível. Além disso, anotam-se as atividades em atraso, como consultas, exames laboratoriais, e avaliação nutricional e bucal. A coordenação da intervenção providenciará número suficiente de fichas-espelho para o registro do acompanhamento dos usuários do programa. Como a meta de cobertura é de 60% da população-alvo estimada, planeja-se imprimir 217 fichas para o atendimento das pessoas de 20 anos ou mais com hipertensão, e 62 fichas para o acompanhamento das pessoas de 20 anos ou mais com diabetes, total de 279 cópias.

A atividade de capacitação e definição de atribuições da equipe ocorrerá na UBS, durante a primeira semana de intervenção, por uma hora, ao final do dia de trabalho. Os membros da equipe estudaram o protocolo e será discutido o conteúdo entre todos. Em cada semana, ao final da reunião da equipe, os aspectos que sejam

necessários serão retomados, dando continuidade a capacitação dos trabalhadores da unidade ao longo da intervenção, conforme demanda do trabalho.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos será implementado pela recepcionista da UBS e a técnica de enfermagem, responsável direta pelo acolhimento, organizado a demanda. De modo a agilizar o atendimento e garantir a realização das consultas agendadas e da demanda espontânea, em especial das intercorrências que pedem atendimento mais imediato. Os atendimentos serão sempre às quintas-feiras, em 2 turnos.

Para que projeto de intervenção seja devidamente implantado são necessárias ações para sensibilizar a comunidade. Em um primeiro momento faremos contato com representantes e lideranças da comunidade, a exemplo de grupos religiosos, comunidade escola. O projeto será apresentado a população, esclarecendo possíveis dúvidas. Ao mesmo tempo pedir o apoio de todos para lograr participação e cumprimento dos objetivos do trabalho, e assim, obter os resultados esperados, melhorando a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade em geral.

Semanalmente médico e enfermeiro examinarão as fichas-espelho dos hipertensos e diabéticos, identificando as irregularidades que podem existir assim como também identificar os atrasos nas consultas, visitas e exames complementares. Os ACS farão a busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos e providenciaram as informações sobre consultas, hiperdias, palestras, reuniões. Ao final de cada mês serão consolidadas as informações da planilha eletrônica e avaliada a situação. Durante a intervenção a totalidade dos hipertensos e diabéticos cadastrados serão avaliados integralmente, dando continuidade ao trabalho na UBS.

Será garantido por parte da secretaria de saúde do município materiais suficientes (papel, canetas, computadores, impressora, protocolos de atenção básica, aparelho de som e projeção entre outros) para a capacitação da equipe, desenvolvimento de projeto, em fim, materiais que permitiram desenvolver as atividades de engajamento público planejadas.

2.3.4. Cronograma

[illegible]

3 Relatório de intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A equipe 2 de atenção básica de saúde do município madeiro é responsável pelo atendimento em comunidades que se encontram em área rural do município. Com a finalidade de desenvolver as ações de saúde previstas no cronograma para a melhoria da qualidade do atendimento aos hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, inicialmente foi planejado um cronograma de trabalho para dar cumprimento ao projeto e de forma organizada poder implementar as ações previstas. Foram três meses de trabalho continuado, a equipe iniciou acompanhando 106 hipertensos e 30 diabéticos. Ao final dos três meses de intervenção se alcançou 137 Hipertensos e 31 diabéticos.

A intervenção foi importante na busca da ampliação de cobertura da ação programática e na implementação das ações sistematizadas em cada um dos 4 eixos temáticos do curso de especialização. Foi feita a capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, também a capacitação da equipe de saúde para a verificação da pressão arterial e realização do hemoglicoteste. A comunidade foi informada sobre a existência do programa de atenção a HAS e DM e atualmente se realizam ações de promoção (palestras, reuniões, hiperdias) onde são desenvolvidas conversas sobre estas patologias.

A equipe e a comunidade interagiram em temas sobre realização de atividades físicas, nutrição, saúde bucal, tabagismo, conhecimento de fatores de risco importantes nestas doenças (HAS e DM) e em outros agravos à saúde. A equipe trabalhou em conjunto em todos os programas da atenção básica de saúde; situação que facilitou o envolvimento de todos os trabalhadores nas atividades da intervenção.

A participação da população e suas lideranças durante a intervenção foi vista de forma positiva pela equipe, sendo assim possível dar cumprimento a três intensos meses de trabalho que foram afetados por dificuldades com clima (períodos de intensas chuvas) que tiveram como resultado um aumento muito grande de doenças respiratórias e digestivas virais que aconteciam e incrementavam os números de consultas de urgência não previstos. No entanto, nada impediu o desenvolvimento adequado das ações planejadas em cada momento de nossa intervenção, nossa equipe ante as intercorrências trabalhou com eficiência e maior organização para impedir que se afetara as consultas e/ou visitas assim como reuniões e atividades de forma geral.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Durante os três meses de duração da intervenção, todas as ações programadas, tendo em conta nosso cronograma, foram desenvolvidas sem problema algum.

No entanto, cabe destacar que tivemos dificuldades durante a intervenção, como o fato de não haver UBS dentro da área rural de abrangência da equipe, de modo que os atendimentos realizados carecem de estrutura, faltando recursos materiais para os atendimentos para aqueles que não podem seguir até a UBS na área urbana. Outra dificuldade importante são os exames complementares, pois todos são realizados fora do município e às vezes em municípios distantes, dificultando a avaliação dos usuários e sua estratificação de risco. Além disso, nosso município tem dificuldades muito grandes com transporte da área rural para o centro da cidade, situação que torna os problemas já existentes ainda mais graves, mais que já esta em conhecimento de os gestores do município com possíveis soluções no futuro .

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

É importante salientar que apresentamos algumas dificuldades na coleta dos dados inicialmente por dificuldades com o entendimento das planilhas informática. Entretanto, recebemos ajuda e apoio da secretaria de saúde (gestora e informático) e pouco a pouco foi possível ir melhorando a qualidade e sistematização da informação, para conseguir correto preenchimento da ficha espelho, foi necessário trabalho conjunto da equipe para obter todos os dados em pouco tempo, com adequada utilização de diário de campo, com cumprimento de cronograma em tempo planejado, por ultimo recebemos apoio da gestora total para a utilização de termo de consentimento livre e esclarecido, sua ajuda foi fundamental no desenvolvimento deste aspecto.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

O aspecto que mais viabiliza a continuação da intervenção em nossa unidade é a equipe, que está completa, integrada e trabalha com compromisso. Mas

é preciso também que se realizem investimentos na área da saúde do município, construindo unidades de saúde nas comunidades rurais com estrutura recomendada. Assim como, solucionar essa dificuldade de acesso na realização de exames complementares para melhorar a atenção à saúde da população.

Por fim, o melhor de todos esses meses de intervenção foi conseguir um trabalho em equipe com atenção integral, unindo não só entre os profissionais da saúde, mas também entre nós e as lideranças e a comunidade em geral, tornando possível alcançar muitos dos objetivos planejados. O atendimento aos hipertensos e diabéticos, de acordo com o ministério da saúde foi implantado com sucesso e influenciou positivamente em todos os demais protocolos de saúde que devem estar implementados na atenção básica de saúde. Por fim, é importante mencionar que as equipes que formam a atenção básica de nosso município estão fazendo um trabalho similar. Nossa equipe se tornou um espelho onde todos querem olhar, dados os excelentes resultados da nossa intervenção e a aceitação tão sucedida nas comunidades.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A equipe de saúde da família 2 implementou um conjunto de ações e atividades no serviço e território da UBS Maria dos Remédios, município de Madeiro, com a finalidade de obter melhorias na atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes. De acordo com a planilha de coleta de dados-PCD, para os 1.800 habitantes da área de abrangência da unidade de saúde, a estimativa de hipertensos é de 274 e de diabéticos é 68. Apesar desses números diferirem dos dados estimados pelo caderno de ações programáticas-CAP, que indica 362 pessoas de 20 anos ou mais com HAS e 103 com DM, consideramos eles para o cálculo do nosso indicador de cobertura.

Durante a intervenção, que teve a duração de 3 meses, foram trabalhados objetivos que pretendiam alcançar várias metas específicas, sendo possível obter os seguintes resultados.

Objetivo 1 de ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Durante a intervenção a cobertura do programa aumentou a cada mês de trabalho. A equipe acompanhou 75 (27,4%) hipertensos no primeiro mês, 122 no segundo mês (44,5%) e 137 (50%) no último mês de intervenção (Figura 1). Existiram fatores que facilitaram alcançarmos esses resultados, como, por exemplo, o trabalho organizado em equipe, com união, compromisso sério nas atividades, a entrega total da equipe, entre outros. Apesar das dificuldades com o transporte e com o clima que durante este tempo afetou muito as ações planejadas, podemos considerar nossos resultados satisfatórios, foi necessário troca de horários, de dias em ocasiões mais os gestores de município tentaram solucionar os problemas cada vez. É importante salientar aqui a dedicação dos ACS, pois aproveitaram cada minuto do trabalho com eficiência e a equipe toda demonstrou que na união está a solução de muitas dificuldades.

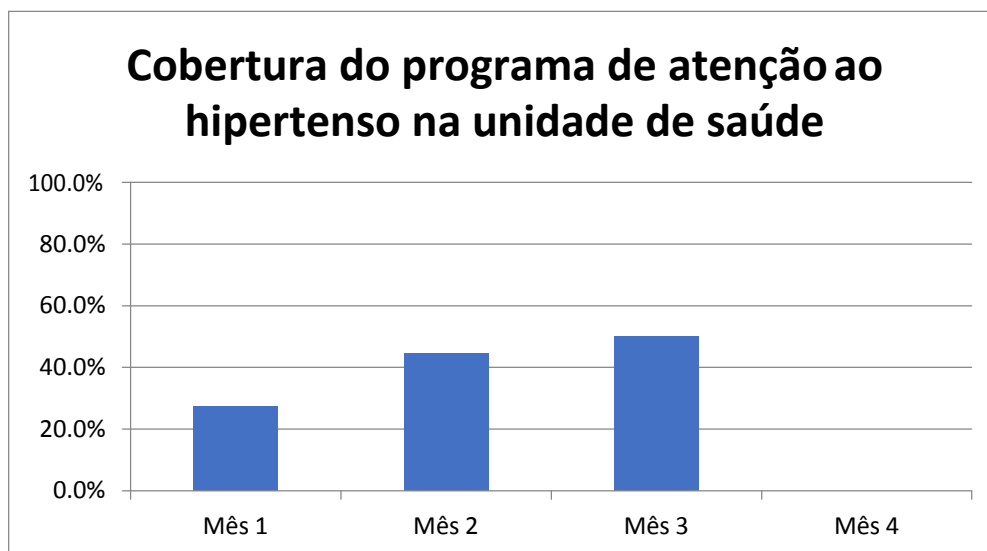


Figura 1: Cobertura do Programa de atenção ao hipertenso na UBS Maria dos Remédios, Madeiros/PI.

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 1. 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Durante a intervenção foi possível cadastrar e acompanhar 23 diabéticos no primeiro mês (33,8%), 26 no segundo mês (38,2%) e 31 diabéticos no último mês de intervenção (45,6%) (Figura 2). Os facilitadores para alcançarmos esses resultados são os mesmos, assim como as dificuldades, transporte e clima, que afetaram o desenvolvimento do projeto.

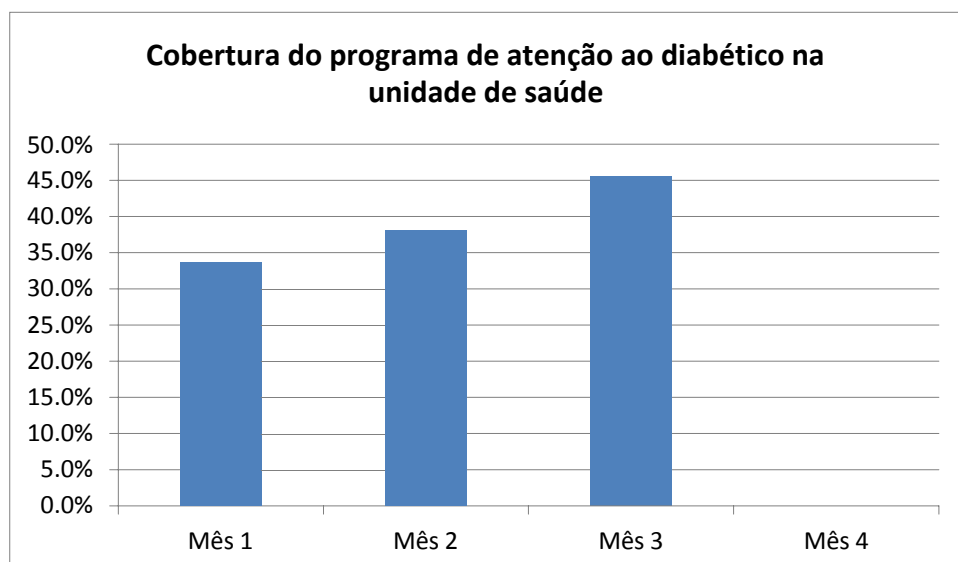


Figura 2: Cobertura do Programa de atenção ao diabético na UBS Maria dos Remédios, Madeiros/PI.

Objetivo 2 de melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

O exame clínico foi realizado em 100% dos hipertensos nos três meses da intervenção (em 75, 122 e 137 hipertensos no primeiro, segundo e terceiro mês de intervenção, respectivamente). O facilitador deste resultado foi o fato de a equipe toda ter executado o projeto com dedicação.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos

Indicador 2.2 : Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

O exame clínico também foi realizado em 100% dos diabéticos nos três meses da intervenção (em 23, 26 e 31 diabéticos no primeiro, segundo e terceiro mês de intervenção, respectivamente). Os facilitadores deste resultado são os já explicados anteriormente.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Destes, 75 usuários acompanhados no primeiro mês, 38 (50,7%) fizeram exames complementares. No segundo mês, dos 122 cadastrados e acompanhados na UBS, 65 (53.3%) fizeram exame complementar. Por fim, no mês 3, dos 137 hipertensos cadastrados, 71 (51,8%) realizaram os exames complementares. Infelizmente não alcançamos a meta proposta e uma das razões disso foi o fato de os usuários hipertensos serem idosos com dificuldades para locomoção e a maioria e viver em localidades longe da UBS. Em um município com transporte totalmente deficiente, onde muitas vezes foi necessário apoio das lideranças para conseguir trasladar alguns usuários até com transporte particular da comunidade, além do clima que durante estes três meses foi de muita chuva, apenas o trabalho em equipe não foi suficiente para alcançarmos a meta, pois precisamos muito mais do que isso (figura 3).

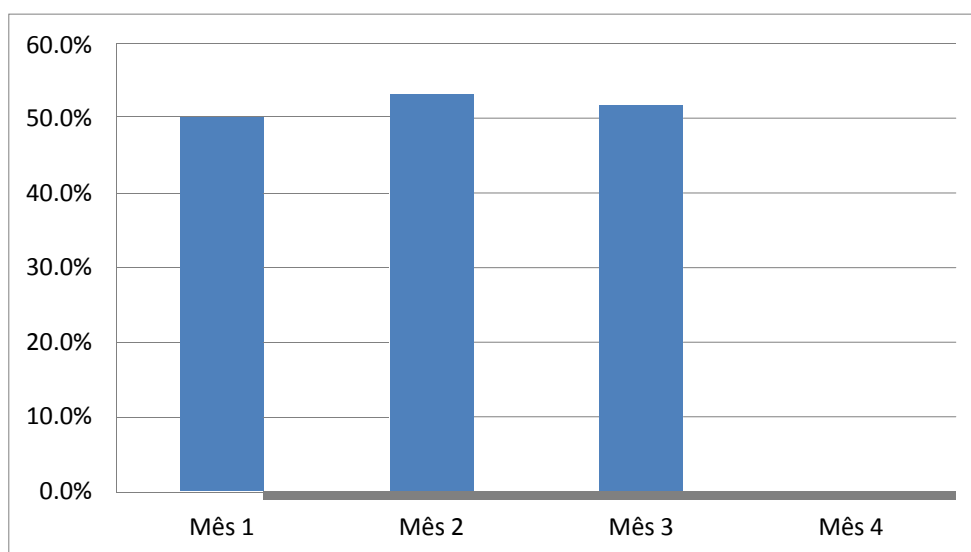


Figura 3: Proporção de hipertensos com exame complementar em dia de acordo com o protocolo na UBS Maria dos Remédios. Madeiros/PI,

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Este indicador foi afetado pelas mesmas deficiências do indicador anterior. Durante os três meses de intervenção, dos 23 diabéticos acompanhados no primeiro mês, 18 (78,3%) realizaram os exames complementares. No segundo mês, 21 (80,8%) realizaram os exames complementares, enquanto que no terceiro mês 24 (77,4%) realizaram os exames complementares. Alcançamos um percentual um pouco maior para os diabéticos, pois os diabéticos são mais jovens e tem mais facilidades para ser transportados. (Figura 4).

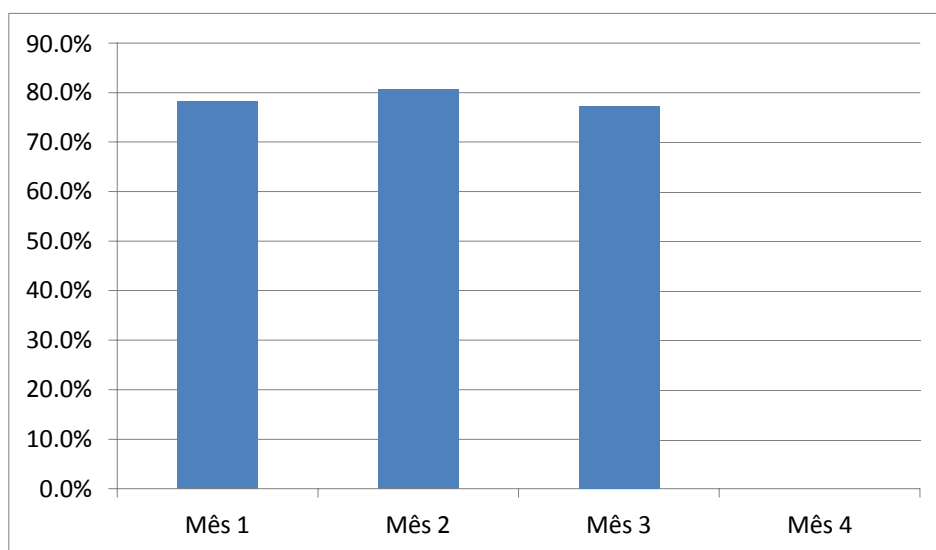


Figura 4: Proporção de diabéticos com exame complementar em dia de acordo com o protocolo na UBS Maria dos Remédios. Madeiros/PI,

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Durante os três meses de intervenção foi garantida a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos

Indicador 2.7: Proporção de hipertenso com a avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados

Indicador 2.8: Proporção de diabético com a avaliação da necessidade de atendimento odontológico. durante o atendimento

Durante os três meses de intervenção, todos os 137 hipertensos e 31 diabéticos tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Este resultado foi muito favorecido pois essa avaliação foi feita não só nos atendimentos na UBS, mas também nas visitas aos usuários.

.

Objetivo 3 Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa

Durante o período da intervenção a equipe trabalhou na busca ativa de hipertensos faltosos. Nos três meses os pacientes hipertensos faltosos as consultas, o 100% destes foram buscados pela equipe em cada mês respectivamente, mês 1(9) ,mês 2(19) e mês 3(30) aqui além do trabalho da equipe toda, e importante ressaltar aos ACS, sim a dedicação deles houvesse sido mais difícil porque este e um indicador que precisa realmente esforço e dedicação pois muitas vezes os usuários são negados mais dio certo e entre todos conseguimos avaliar 100% .

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos as consultas com busca ativa

Durante a intervenção, todos os diabéticos cadastrados e acompanhados ao longo da intervenção, que estavam faltosos um 100% deles foram buscados pela equipe de forma ativa, comportamento similar ao indicador anterior. Mes1(2),mês 2(2) e mês 3(6)respetivamente ,consequimos avaliar 100%dos faltosos por mês.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações na ficha de acompanhamento.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Durante a intervenção, todos os 137 hipertensos e 31 diabéticos tiveram a ficha de acompanhamento preenchida adequadamente pela equipe. Tal resultado só pôde ser alcançado graças à capacitação dos profissionais, visto que nas capacitações tratamos de salientar a importância de o registro do acompanhamento com qualidade por parte da equipe toda.

Objetivo 5: mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Durante os três meses de intervenção, todos os hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados na UBS tiveram realizada a estratificação de risco cardiovascular, conforme preconizado pelo protocolo.

Objetivo 6 de promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos que receberam orientações sobre os riscos do tabagismo

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos que receberam orientações sobre os riscos do tabagismo

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos que receberam orientações sobre higiene bucal

Meta 6.8: Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos que receberam orientações sobre higiene bucal

Durante os três meses de intervenção, todos os hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados na UBS receberam orientações nutricionais sobre alimentação saudável, orientações em relação à prática regular de atividade física, orientações sobre os riscos do tabagismo e orientações sobre higiene bucal pela equipe de saúde. Essas orientações ocorreram tanto na UBS, durante os atendimentos individuais, como nas visitas ao interior e pelos ACS durante as visitas domiciliares. Também devemos salientar aqui o apoio do NASF, com a participação da nutricionista, e o apoio da psicóloga em alguns encontros, que foi essencial para facilitar a compreensão das orientações em algumas reuniões realizadas.

4.2 Discussão

Em minha UBS Maria dos Remédios nossa intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros com qualidade, com destaque na ampliação dos exames de glicemia com glicômetro monitorado dos diabéticos, monitoramento de pressão arterial, os exames dos pés e para a classificação de risco destes usuários.

A intervenção foi importante para a equipe, pois tivemos de nos capacitar para cumprir as recomendações de ministério da saúde, em termos de rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento dos hipertensos e diabéticos. A intervenção propiciou um trabalho em conjunto, unido, cada qual em suas funções. Foi uma experiência única e que hoje está dando os frutos da dedicação dos profissionais, tendo impacto bastante positivo em nosso serviço.

Pouco antes de iniciar esta intervenção, as atividades de atenção a hipertensos e diabéticos estavam concentradas e eram realizadas somente pelo enfermeiro, com pouca ou nenhuma participação do médico ou dentista. Entretanto, depois da intervenção a equipe viabilizou a atenção a um número maior de pessoas e de forma integral com a participação ativa de todos os membros da equipe. Os registros das fichas, os agendamentos, melhoraram na qualidade e foi viabilizada e

otimizada a agenda para atenção a demanda planejada e demanda espontânea, tendo em conta a classificação dos riscos que foi muito importante para conseguir a priorização de cada usuário.

Já para a comunidade, a intervenção aumentou a confiança da população no sistema de saúde, que ainda tem muitas dificuldades, mas a população se sentiu cada vez mais próxima da equipe. A comunidade agradeceu bastante o trabalho da equipe dentro da área. É importante destacar que no início, o fato de haver atendimento priorizado e planejado gerou um pouco de desconforto aos demais usuários que chegavam a UBS procurando atenção de urgência. Mas esse problema foi pouco a pouco sendo resolvido.

A intervenção poderia ser sido facilitada se houvesse a possibilidade de avaliação de cada hipertenso e diabético quanto aos exames complementares, que foi um dos objetivos com mais insatisfação entre os usuários. Infelizmente, não foi garantido a transportação dos idosos que moram longe e com dificuldades para locomoção e de alguma forma temos que conseguir articular com os gestores e lideranças para poder realizar os exames complementares em todos os usuários, segundo os protocolos de ministério da saúde.

As ações da intervenção já são parte da rotina do serviço. Para dar continuidade a nossa intervenção, é importante que a equipe continue fazendo o monitoramento dos diabéticos e dos hipertensos como está estabelecido pelo ministério de saúde e organizado e implantado em nossa unidade. Além disso, temos que continuar trabalhando na ampliação da cobertura, e utilizar essa intervenção como exemplo para implementar pouco a pouco cada um dos protocolos de atendimentos da atenção básica nos grupos priorizados pelos programas de saúde.

5 Relatório de intervenção para os gestores

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes mellitus (DM) são doenças crônicas com muita relação com outras morbidades, como hemorragias, trombozes, ateroscleroses, e são de alta incidência e prevalência, especialmente em população mais idosa. É muito importante o desenvolvimento de programas de atenção primária de controle e acompanhamento de usuários com essas doenças dentro de uma rede de atenção integral. A equipe da ESF 2 da UBS Maria dos Remédios, município de Madeiro, implementou um conjunto de ações e atividades de melhoria da atenção às pessoas com HAS e/ou DM residentes no território de abrangência da unidade de saúde. Pois, o diagnóstico situacional apontou algumas deficiências no controle, seguimento e adesão ao programa, desde cobertura à qualidade dos cuidados oferecidos pela equipe.

Em apenas três meses de intervenção, a equipe proporcional o acompanhamento de todos os 137 usuários com HAS e 31 DM moradores na área de abrangência da UBS, bem como, favoreceu a sistematização das visitas domiciliares aos usuários acamados com essas doenças. Ao oferecer capacitação e definir com clareza as atribuições de cada membro da equipe, foi possível agregar maior organização ao serviço e processo de trabalho que permitiu oferecer uma atenção à saúde mais eficiente. De modo que os usuários foram avaliados pela equipe, incluindo em saúde bucal, conforme protocolo nacional, em todas as micro áreas do território da unidade de saúde.

O projeto alcançou os seguintes resultados, a cobertura de programa de atenção aos hipertensos foi de 50% e diabéticos foi de 45,6% ao mês 3,

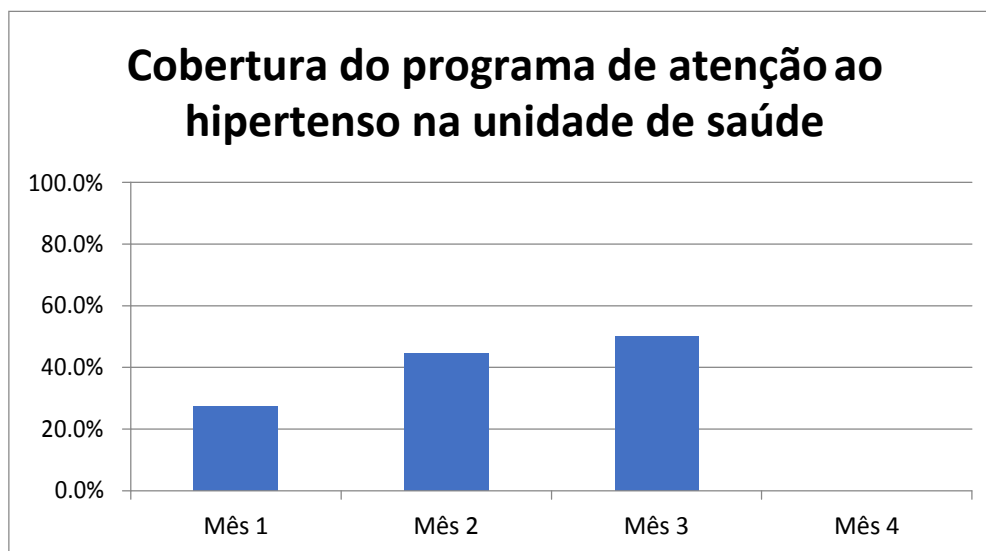


Figura 1: Cobertura do Programa de atenção ao hipertenso na UBS Maria dos Remédios, Madeiros/PI.

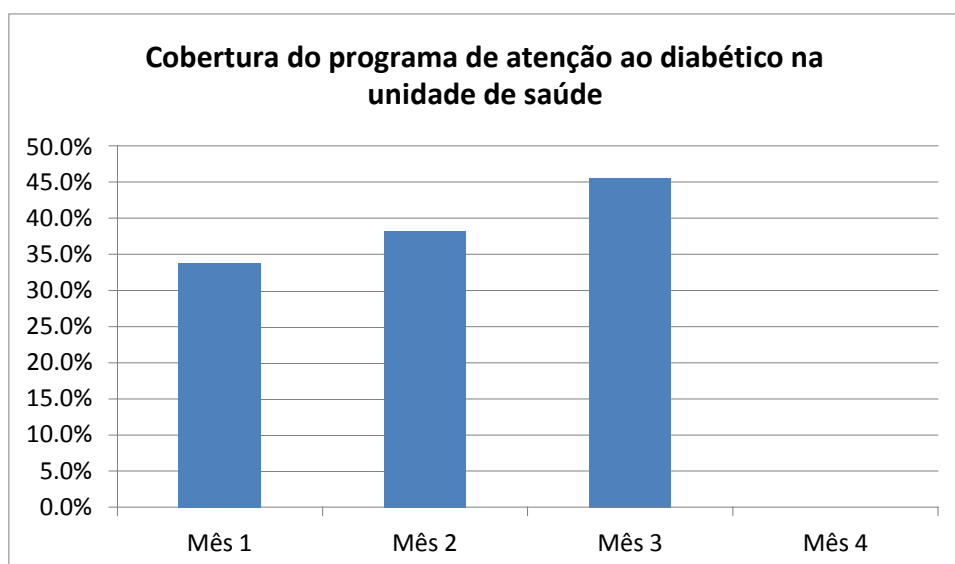


Figura 2: Cobertura do Programa de atenção ao diabético na UBS Maria dos Remédios, Madeiros/PI.

Aos 137 hipertensos e 31 diabéticos lhes foi realizado exame clínico segundo protocolo nacional de saúde, ao 100% deles lhe foi garantida a prescrição de medicamentos na farmácia popular, também foi garantido a todos atendimento odontológico, todos os usuários cadastrados tem sua ficha de acompanhamento com qualidade, a estratificação de risco cardiovascular foi realizada ao 100% deles, assim como foi feita a orientação sobre alimentação saudável, atividades físicas regulares ,higiene bucal, tabagismo, agora a realização de exames complementares

em hipertensos e diabéticos tive um comportamento estável mais sim alcançar a meta (100%) considerando-se resultado deficiente (maioria idosos ,com dificuldades para locomoção, localidades muito longe da UBS e hospital (outro município)por ter todos os recursos humanos disponíveis com qualidade mais não foram garantidos todos os recursos materiais obtendo-se resultados muito baixos. Foi muito importante o trabalho com os faltosos a consultas identificando as causas e conseguindo um atendimento com qualidade sempre com apoio total dos ACS. Com o apoio da equipe do NASF realizamos ações junto às famílias e comunidade com o apoio de lideranças, indispensável para o desenvolvimento do trabalho. Atividades educativas com enfermeiro, nutricionista, médica, fisioterapeuta, psicóloga e dentista, com participação sempre dos ACS, viraram rotina no trabalho da equipe, levando orientação e informação aos usuários, famílias e comunidade.

Durante os meses de trabalho foi importante a garantia do meio de transporte, facilitando o deslocamento da equipe ate as microáres para a realização das visitas domiciliares e reuniões com a população e o traslado dos hipertensos e diabéticos que vivem em áreas distantes e/ou com problemas até a UBS, inclusive para realização dos exames complementares. Embora em determinadas situações populações tenham enfrentado problemas com o péssimo transporte de nosso município, piorado pelas condições das estradas nos períodos de chuva. A distribuição dos medicamentos priorizados pelo MS para todos os hipertensos e diabéticos, cadastrados na farmácia popular, foi cumprida para 100% dos usuários acompanhados. A secretaria de saúde garantiu também os recursos materiais de consumo, como as fichas-espelho, cadernetas, e outros materiais de apoio, obtendo como resultado um melhor controle e registro das informações.

Com a finalidade de conseguir algumas mudanças que garantem a qualidade de nosso atendimento e um melhor controle das doenças, sugerimos ao gestor da saúde coordenar a coleta de exames complementares nas localidades de difícil acesso, pois boa parte dos usuários é idosa e/ou tem dificuldades para locomoção. Assim como, fornecer equipamento que permita digitalizar e informatizar todas as informações com o objetivo de melhorar a coleta de dados e levar um melhor controle das informações clínicas dos usuários cadastrado na UBS.

Finalmente a equipe 2 de atenção básica de saúde de madeiro agradece a todos os que de alguma forma trabalharam e apoiaram o projeto e também incentiva a continuar fornecendo a unidade porque e impossível conseguir resultados

positivos sim dedicação, devemos ter um compromisso de trabalho com um sentido de humanismo e profissionalismo, além das dificuldades que temos e sempre vamos a ter, obrigada a todos.

6 Relatório da intervenção para a comunidade

A equipe 2 da Saúde da Família realizou durante doze semanas um trabalho para a melhoria dos cuidados das pessoas com hipertensão e/ou diabetes que residem na área de abrangência da UBS Maria dos Remédios do município de Madeiro no Piauí. Decidimos iniciar as mudanças no serviço com esse grupo por considerar o programa com maiores problemas nas atividades ofertadas para a comunidade. A experiência adquirida pelos trabalhadores, que fazem parte da equipe, vai permitir a execução de ajustes na organização do atendimento de todos os demais grupos populacionais assistidos na unidade de saúde, como gestantes, crianças e idosos.

A organização de um conjunto de atividades assegurou ganhos na qualidade do atendimento da comunidade feito na UBS e visitas para um maior número de usuários, inicialmente para pessoas com pressão alta e/ou diabetes e seus familiares. Com a capacitação da equipe foi possível arrumar a consulta para cada pessoa acompanhada, e realizar reuniões para a conversa em grupo sobre cuidados que cada um pode ter com a própria saúde. A ideia é desenvolver no território de moradia da população o fortalecimento das relações da equipe com a comunidade, facilitando a incorporação de práticas saudáveis no dia a dia das pessoas, como o melhor uso de alimentos locais na alimentação. E assim, controlar e reduzir fatores de risco que podem complicar as doenças, melhorando a qualidade de vida. É importante ainda a criação de grupos de apoio com lideranças da comunidade, que ajudem na divulgação dos programas de saúde, estimulando a participação dos usuários nas atividades de saúde, e no próprio cuidado de sua saúde.

A adequada distribuição e organização das tarefas entre os membros da equipe de saúde permitiu que a consulta fosse realizada de modo completo e contínuo, incluindo a realização de exames de sangue, verificação frequente da pressão, sensibilidade dos pés, prescrição de remédios da farmácia popular, e a avaliação da saúde da boca e dentes. A participação de toda equipe nas atividades

de educação em saúde, inclusive do pessoal do NASF, passou a acontecer com frequência, como parte do funcionamento do serviço de saúde, ajudando a ganhar a confiança da população. Assim como, a divulgação e cumprimento das atividades planejadas trouxe satisfação das pessoas acompanhadas. Por último, e não menos importante, foi a participação direta dos agentes comunitários de saúde que conseguiram aproximar ainda mais os profissionais de saúde dos usuários.

Cada vez mais as ações do programa fazem parte da rotina do serviço, recebendo adequadamente os usuários da comunidade para o acompanhamento regular das condições de saúde, dividindo responsabilidades no cuidado, num trabalho conjunto com outros setores e organizações comunitárias, como grupos religiosos. Com esse trabalho conseguiu diminuir desconfianças e preconceitos em nossa população, com ações mais humanizada nas práticas de saúde e a participação comunitária.

7 Reflexão crítica sobre meu processo de aprendizagem

Falar do curso de especialização em saúde da família em poucas palavras é difícil pela importância que realmente tem, muito mais para um médico estrangeiro (médico de programa Mais Médicos) que trabalha diretamente com a comunidade e tem que conhecer muito bem a saúde do povo brasileiro que é certo tem similitudes com as pessoas com doenças crônicas de qualquer parte do mundo mais tem suas próprias características, durante todo o projeto tem sido vividas muitas mudanças em nosso trabalho e em nossas comunidades assim como no trabalho da UBS e das equipes de saúde de município, primeiramente foi feito o estudo da análise situacional que foi realizado em paralelo ao curso, possibilitando o conhecimento necessário para realizar o projeto em todas suas partes com o objetivo de trabalhar na melhoria dos serviços de saúde sempre tendo em conta os programas do MS desenvolvidos para atenção das pessoas com HAS e DM, com a integralidade que deve ter.

Agora em quanto a meu desenvolvimento pessoal no processo de aprendizagem do curso foi importante pois dou para mim ferramentas imprescindíveis, de conhecimento tendo em vista que a qualificação profissional se tornou um meio de conhecimento epidemiológico aplicável nas ações de vigilância, e de prevenção e controle de doenças crônicas de interesse da saúde pública, sua distribuição, sua frequência, suas consequências, assim como a eficácia e efetividade das intervenções durante o projeto desenvolvido.

A unidade básica de saúde agora conta com todos os protocolos para a atuação das equipes pois a intervenção possibilitou um incentivo para fornecimento do trabalho em todas direções sempre facilitando ferramentas para melhoria da saúde da comunidade mais não todo está resolvido, falta um pouco mais de investimento pelas autoridades municipais nas estruturas físicas de saúde e transporte público da cidade que prejudica indiretamente o cumprimento dos programas de saúde, e ainda existem dificuldades com a referência para as

especialidades considerando o longo tempo de espera para a avaliação dos usuários, dificuldades na contra referência dos usuários que é totalmente ausente e que afeta o posterior acompanhamento, fluxo, interação entre atenção primária e secundária e muito importante a carência de laboratórios para coleta e avaliação de exames complementares dentro de município com a conseguinte translocação dos usuários para outros municípios.

A superação profissional da equipe toda, médico, dentista, enfermeiro, técnicos de enfermagem e odontológico e os ACS na capacitação para desenvolver nosso projeto foi um dos aspectos mais positivos, o médico clínico geral e o enfermeiro tem a possibilidade de realizar o curso de especialização de saúde da família e isto trará consigo facilitar ainda mais a organização de todos os programas, assim como a superação técnica do trabalho dos técnicos e dos ACS, favorecendo desta forma para um melhor desenvolvimento dos programas desenvolvidos pela equipe da saúde.

Pessoalmente o curso me possibilitou trocas de saberes com meus colegas de trabalho e com meu orientador da especialidade e até com meu assessor em todos os sentidos e maior qualificação profissional, todo o qual melhorou a interação entre SUS e as comunidades e o trabalho ofertado na equipe e em conjunto com a população, por meio deste curso com uma metodologia diferente de ensino, com desenvolvimento das práticas clínicas e casos clínicos, com interação entre especializando e orientador e entre colegas por meio de diálogo na rede, com a busca ativa e contínua de conhecimentos atuais, se me permitiu atualização em temas importantes para a prática profissional sendo imprescindível para adequar nosso conhecimento na realidade do Brasil um pouco diferente das outras populações que já conhecia. Gostei muito da iniciativa do diário de intervenção me permitiu uma forma de organização do trabalho de forma que nossas ideias e sentimentos fossem guardados com naturalidade e sinceridade.

Encontramos muitas limitações nos começos que impediam o bom desenvolvimento da intervenção, já foi explicado que estamos num município carente economicamente com devidas grandes do passado que na atualidade estão tentando concertar os gestores atuais além que não conta com infraestrutura em saúde nas comunidades do interior que garanta a qualidade dos serviços mais o curso nos ofereceu as ferramentas necessárias para a organização e o planejamento das atividades, a equipe se integrou totalmente e trabalho com

perseverança e muito compromisso e traçaram-se atividades conjuntas encaminhadas a promover saúde na comunidade. Nossa chegada ao município a traves do programa Mais Médicos foi um incentivo mais para o desenvolvimento da intervenção, pois temos uma característica especial que é a humildade e a humanidade que é capaz de conseguir coisas maravilhosas nas pessoas quando existe amor e compromisso com a saúde de aqueles mais desprotegidos, os resultados obtidos também se devem ao apoio dos gestores do município e os líderes comunitários que foram decisivos na intervenção.

A população alvo de nossa intervenção, participou do projeto até o final; a vinculação deles com a equipe de saúde completa, com os gestores de município e com as lideranças da comunidade repercutiu muito e possibilitou uma valorização do SUS que estava praticamente esquecida pelos moradores, e o mais importante a população já tem um melhor conhecimento de seus direitos na saúde e tem uma educação sobre a participação ativa dos usuários e sua família nos cuidados das doenças crônicas. O mais relevante da intervenção foi a incorporação deste processo de trabalho a rotina do serviço, e a confiabilidade e credibilidade da população no SUS permitindo que a atenção primaria seja considerada a primeira porta de entrada ao sistema de saúde e seja uma medicina principalmente preventiva sem esquecer que tem uma equipe de saúde que é capaz de evitar mais também de resolver muitas doenças conjuntamente e com a participação de todos, direito de todo o povo brasileiro.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde/Caderno de atenção básica, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde/Caderno de atenção básica, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde/Caderno de atenção básica, volume I, 2013c.

Apêndices









Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Srª Profª Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	

Anexo B - Planilha de coleta de dados

[illegible]

[illegible]